SAINT - LUC
MEDICAL

SOMMAIRE

Nr 2 - 1986

Assemblée Générale 1986

L'assemblée Générale de Saint Luc aura lieu cette année-ci à Anvers le samedi 18 octobre 1986. Elle aura pour thème

l'EUTHANASIE

Ce sujet sera traité
en néerlandais par Monsieur
l'abbé André Dewolf
professeur au Grand séminaire de Gand
directeur de Caritas Catholica
qui parlera de l'aspect moral et éthique de cette question
en français par Madame
Claire Kebers
psychothérapeute
attachée au centre de bioéthique de l'U.C.L.

Cette séance sera précédée de l'assemblée générale séparée de la gilde et de l'association, suivie de la réunion commune des deux ailes de la société médicale belge de Saint Luc après quoi nous pourrons entendre les deux exposés ci-dessus.
Après la séance sainte messe
Enfin un banquet réunira les participants à la réunion.
Le lieu de réunion sera le Theologisch Pastoraal Centrum
Groenenborgerlaan 149 - 2020 Antwerpen.

Dès maintenant retenez la date. Nous comptons sur une nombreuse participation. Le programme plus détaillé paraîtra dans le prochain numéro.

Pour les dames qui le désirent il y aura durant la séance académique une visite d'Anvers comportant notamment la visite du Musée Mayer Van den Berg.

Veuillez verser sans retard une somme de 1200 francs par couvert au compte 220-0708724-78 de Sint Lucasgilde Antwerpen en indiquant: Participation à l'Assemblée Générale du 18-10-1986.

Nous comptons sur la participation de tous nos membres.

Mourir dans la Dignité

Causerie du Dr Cloquet à la tribune du Rotary Club de Gand

Aujourd'hui, je me suis proposé, afin de vous parler des problèmes
— de l'euthanasie,
— du droit à la mort dans la dignité,
— et de l'acharnement thérapeutique.

Si j'ai tenu à le faire, c'est parce que je veux vous crier mon indignation à constater que chaque fois qu'un journaliste, un politicien, un speaker de media, sort une idée, un principe, un slogan qui va à l'encontre de — et qui heurte directement — l'éthique, la morale et la tradition, il se trouve une masse de crabes prêts à agiter leurs pinces hideuses en clamant tous ensemble:
— «Je l'ai toujours dit; il y a là un vrai problème!»
— «Je me sens **concerné**; il faut **repenser** la chose!»

Je n'ai rien contre les idées nouvelles, mais je dis et je pense que l'éthique, la morale et la tradition ne sont pas des choses que le premier tartempion moyen venu a le droit de secouer, de bousculer, de ridiculiser et de vouloir modifier.

Cette éthique et cette morale, cette tradition dont nous sommes nourris, ce sont les filles d'une longue réflexion de sages, d'écrivains, de philosophes, de juristes, qui ont bâti notre civilisation.

Il est heurtant de les voir remises en question — de façon souvent saugrenue d'ailleurs —. Sacrifier à la mode, soit, lorsqu'il s'agit de longueur de jupes ou de hauteur de la taille, mais **pas** lorsqu'il s'agit de graves problèmes humains.

Et je passe au premier point de mon propos, qui, je pense, peut être groupé avec le second;
— l'euthanasie, et, avec elle:
— le droit à la mort dans la dignité.

Le professeur Van den Enden, professeur aux Universités de Bruxelles et d'Anvers, grand défenseur de l'euthanasie, a exposé récemment son point de vue à la société d'éthique médicale.

Je résume, je crois de façon correcte, sa pensée:
«Si je suis agnostique, mon corps est ma propriété; j'en dispose quand et comme je veux».
«Il est logique qu'à ma demande, le médecin, ou toute autre personne d'ailleurs, mette fin à mes jours.»

«Si je suis croyant, je considère que mon corps m'a été confié par Dieu, et n'est pas ma propriété, et, par conséquent, je n'ai pas le droit d'attenter à ma vie.»

A ce pluralisme, concédé par l'orateur, s'en ajoute un second, lorsqu'il dit que le médecin athée doit donner suite à la demande de son malade, que rien ne peut forcer le médecin déiste à pratiquer cette mission.
C'est déjà quelque chose.
Je comprends un peu la distinction que l'on peut faire en ce domaine entre croyants et incroyants.

Je ne suis pas philosophe, et il en faudrait pour vous dire, peut-être, si, dans leur esprit ce distinguo entre croyants et incroyants a de la valeur dans le cas qui nous intéresse.

Je ne suis pas philosophe, mais je ne suis, pour ma part, pas du tout convaincu. Etre propriétaire de sa vie voudrait dire qu'on en peut disposer librement.

Si j'achète Saint-Bavon, Saint-Bavon est ma propriété; mais si je souffle la cathédrale à la dynamite (faisant abstraction des législations existantes) est-ce mon droit? J'ai détruit quelque chose de sacré. C'était ma propriété, juridiquement, mais avais-je le droit d'en faire des pavés?

Si ma vie et mon corps sont à moi, ai-je le droit de me mutiler? Non, j'attente au sacré.
Ma vie et mon corps sont à moi; ai-je le droit de menacer l'une et l'autre par des toxicomanies?

Un libre penseur se suicide. C'est son droit, il est propriétaire de son corps. Puis-je le soigner et tenter de le tirer d'affaires?
A mon sens: OUI. (On pourrait d'ailleurs ajouter que les propriétaires n'ont actuellement plus grand chose à dire!)

En résumé Je crois que la propriété de quelque chose de sacré n'entraîne pas la libre disposition.
Je me présente donc avec le jugement d'un homme assermenté d'une part, et fort d'une longue expérience d'autre part; (ceci soit dit sans aucune prétention) mais parce que j'ai mon âge!

l'EUTHANASIE

Il est courant de lui reconnaitre trois formes:

— il y a l'euthanasie **vraie**, brutale, et que l'on appelle «courageuse», qui consiste, sur appel du malade (parfois), et (le plus souvent) sous la pression de la famille, fatiguée du spectacle qui lui est donné, de mettre fin aux jours du premier.

— il y a l'euthanasie **passive**, qui consiste à laisser mourir le malade en estimant que les moyens thérapeutiques ne peuvent que prolonger des souffrances et des misères.

— et enfin, il y a l'euthanasie **indirecte**, qui consiste à donner au malade qui souffre, et qui est incurable, des doses de plus en plus importantes de sédatifs, jusqu'à avoir l'impression ou la quasi-certitude que ceux-ci peuvent causer la mort, mais toujours dans le but de soulager, de calmer la douleur.

LE FEU EST AU VERT



NOUVEAU BECEL

FAITES UN PAS EN AVANT VERS UNE ALIMENTATION SAINE

MEILLEUR GOÛT

Le nouveau Becel a encore amélioré son goût. Maintenant la margarine pour le pain la plus vendue du pays est devenue réellement savoureuse. Elle offre tant de finesse et de fraîcheur que c'est un plaisir de manger sain.

MEILLEUR ÉQUILIBRE DES GRAISSES

Le nouveau Becel a encore moins d'acides gras saturés, encore plus de polyinsaturés. Car un juste dosage des matières grasses contribue à tout notre équilibre alimentaire.
Et c'est pourquoi le nouveau Becel permet à chacun des habitudes alimentaires plus saines.

Principales caractéristiques par 100 g de produit	
matières grasses	min. 82 g
acides gras polyinsaturés	66 %
acides gras saturés	15 %
préparée sans sel	moins de 0.01 g Na



BECEL ABAISSE LE TAUX DE CHOLESTEROL. SAVOUREUSEMENT.

Le pape Pie XII, recevant le Congrès Mondial des Anesthésistes à Rome, leur disait: «Votre mission est de calmer la douleur; ce n'est pas seulement votre droit, **c'est votre devoir**; et, si vous êtes retenus dans votre dosage, **chez les malades que vous espérez guérir**, chez les incurables, aidez-les, **y compris par des doses dangereuses**, si celles-ci s'avèrent nécessaires pour calmer les douleurs.»

Le professeur H. Van den Enden qualifie cette attitude d'hypocrite et de ridicule, car, dit-il, comment prouverez-vous à un juge éventuel que votre intention était celle-ci ou celle-là? Celle d'aider ou celle de tuer?
Comme il trouve également hypocrite une suspension de l'administration des moyens thérapeutiques, qui constitue, elle aussi, un arrêt de mort.

Respectueux de notre serment, étant des hommes qui soignons des hommes que nous respectons, nous sentons, nous médecins, ce droit (pour nous évident) de ne pas poursuivre un traitement inutile, et de faire ce que l'on appelle **à tort** l'euthanasie passive.

Nous souhaitons pour les nôtres et pour nous mêmes que l'on nous applique ces méthodes humaines, comme nous sommes convaincus que l'obligation de calmer la douleur, même accompagnée consciemment des plus grands risques **chez un malade incurable** fait partie de la mission du médecin, **et nous ne nous posons pas la question de savoir ce que dirait le juge d'instruction...**

Notre conscience de médecin est en paix.
Nous avons juré de **respecter** la vie, mais aussi de la **servir**.
Fixer des **limites à la thérapeutique, en cas d'incurabilité**, aider dans les souffrances, fait partie de cette obligation, mais **nous repoussons avec horreur l'euthanasie pure et simple.**

Nous **rejetons** l'idée du droit à la mort dans la dignité.

Et Pourquoi?
Tout d'abord, **qui** la demande?

On nous parle de la requête du **malade**.
Mais combien de malades n'ai-je pas entendu souhaiter la mort, et rêver, le lendemain, au cours d'une brève amélioration, d'une guérison tout de même possible?

La requête de **tiers, de parents, de l'entourage**: ils sont fatigués (et on les comprend, nous les médecins, les premiers) de voir un être cher transformé en épave, sombrant dans le marasme.

Je me permets de vous faire cependant remarquer que ce sont presque toujours des familles qui viennent de loin en loin visiter leur malader qui émettent de tels souhaits... et qui disent: «Ce n'est pas encore fini!» «Combien de temps encore?» «Il faut faire quelque chose...».

Au contraire, les familles où l'on s'aime, sont présentes, et profitent de chaque petite impression de conscience pour sourire à leur malade, lui souffler quelques mots de tendresse à l'oreille, lui caresser la main.
Ceux-là ne sont jamais fatigués.
Ceux-là ne réclament jamais que le médecin devienne vétérinaire: ils respectent trop leur malade; ils l'aiment dans la déchéance comme au temps de sa splendeur.

Savez-vous que, tout près d'ici, chez les Petites Sœurs des Pauvres, aucun malade, aucun vieillard, aucune vieille femme, ne meurt seul.
Les Sœurs âgées réalisent des rôles de garde, de jour comme de nuit, pour que, toujours, il y ait quelqu'un de présent qui leur serre la main.
Voilà la mort dans la dignité.

Entourez vos malades, entourez vos mourants

Dum tempus habemus, facere bonum.
Pendant que vous pouvez encore, faites leur un peu de bien.

Si l'on parle de dignité, n'est-ce pas plus beau que l'abattage que l'on nous propose?

La mort est le terme de l'existence.

Les partisans de l'euthanasie nous rappellent que cette existence, nous ne l'avons pas demandée, et d'en déduire que nous en faisons ce que nous voulons.

Mais sans elle, nous ne serions pas, nous serions néant.

Pour nous tous — que nous soyons, dans notre esprit, propriétaires de notre vie, ou que nous en soyons locataires (pour ceux qui aiment ce distinguo), la mort est le terme d'une œuvre que l'on a tenté de réaliser pour le mieux, pour les siens, pour son entourage, pour sa famille, pour ses idées — elle mérite mieux que le cyanure ou le croque-mort.

Pour les uns comme pour les autres, propriétaires ou locataires, je ne puis faire de différence, la mort doit rester humaine, et non vétérinaire.

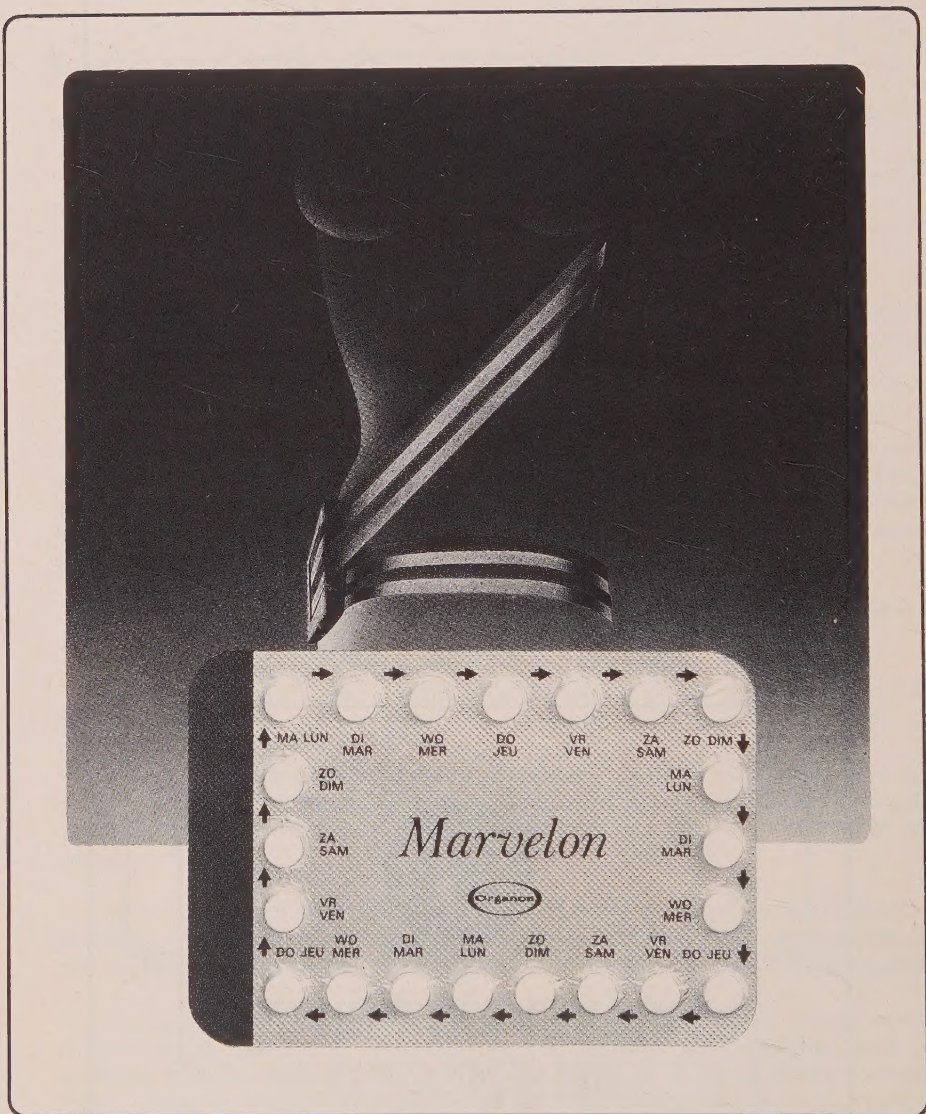
Elle doit se passer **avec l'assistance** de ceux que l'on aime, leurs encouragements ou leurs prières, et non dans un meurtre.

J'ajouterai que la douleur physique n'est pas la seule, et que tant de gens connaissent dans leur existence d'immenses désespoirs, pourquoi eux aussi n'auraient-ils pas droit à cette **mort dans la dignité**, puisque leur corps, juridiquement, leur appartient?

Je ne sais rien d'aussi beau qu'une jeune mère qui couve et qui cageole un enfant anormal; et pourtant,... tous ces enfants monstrueux, idiots, repoussants parfois, ne faudrait-il pas, aussi au nom de la «dignité» les faire disparaître du globe?

Et pour les plus âgés d'entre nous, pour qu'ils sachent vers où l'on va, je vous lis un texte de Jacques ATTALI, conseiller du président MITTERAND, dans une interview à Michel SALOMON: «L'avenir de la vie» p. 273-275, Edition Sethers, Paris. «Dans la logique du système industriel dans lequel nous nous trouvons, l'allongement de la durée de la vie n'est **plus** un objet souhaité pour la logique du pouvoir.»

«Dès qu'on dépasse 60/65 ans, l'homme vit plus longtemps qu'il ne produit, et il coûte donc cher à la société.
Il est bien préférable que la machine humaine s'arrête brutalement plutôt qu'elle ne se détériore progressivement.


MA LUN
DI MAR
WO MER
DO JEU
VR VEN
ZA SAM
ZO DIM
ZO DIM
MA LUN
ZA SAM
Marvelon
DI MAR
Organon
VR VEN
WO MER
DO JEU
WO MER
DI MAR
MA LUN
ZO DIM
ZA SAM
VR VEN
DO JEU

La faute réside au début: il aurait mieux valu expliquer à la mère que cet enfant ne pouvait vivre, et que cette prolongation artificielle était inutile.

On pourrait accepter l'idée d'un allongement de l'espérance de vie, à condition de rendre les vieux solvables, et de créer ainsi un marché.
Je suis pour ma part, en tant que socialiste, contre l'allongement de la vie, parce-que c'est un leurre, un faux problème».
«L'EUTHANASIE SERA UN DES INSTRUMENTS ESSENTIELS DE NOS SOCIETES FUTURES».

Hitler, et sa race des seigneurs, voilà où nous en sommes!

Enfin, nous voulons, nous médecins, être **l'homme de confiance**, et ne jamais apercevoir, dans ses yeux, un éclair de frayeur, de terreur, en nous voyant arriver, alors qu'il se demanderait: «Est-ce mon médecin ou est-ce monsieur de Paris?»

Voilà, mes amis, pourquoi nous disons NON à ces affreuses et incroyables propositions.

Pensons aussi — en ces temps où le meurtre devient si fréquent, où l'on tue pour quelques francs, pour une sacoche, pour un fond de caisse de magasin — au fait qu'à Paris, on mobilise la police pour protéger les vieillards!

Donnera-t-on bientôt aux assassins des primes, afin qu'ils entrent dans le système de monsieur Attali?

J'espère m'être fait comprendre et (peut-être) vous avoir convaincus.

J'avais aussi à vous parler de l'archarnement thérapeutique.

Je le ferai, brièvement et très simplement.

Il y a quelques années, on a parlé dans la presse de nombreux cas de coma dépassé, c'est-à-dire de coma où toute activité cérébrale était terminée, et où, par des moyens thérapeutiques sophistiqués, sur le cœur et sur le poumon, l'on tenait, par alimentation artificielle, des malheureux «en vie» pendant longtemps.

On doit remarquer, que, de temps en temps, tout de même, il y a eu quelques ressuscités; mais dans la toute grande majorité des cas, c'étaient des exercices techniques devenus inutiles, sauf, peut-être, et sans doute, pour l'avancement de la science.

Ces cas d'acharnement thérapeutique sont, souvent, le fait d'un mauvais départ. Un enfant naît avec toutes sortes de malformations qui lui rendent la vie immédiate impossible. Par pitié pour la mère, on lui promet de sauver l'enfant. On le met au stimulateur, et il «vit» aussi longtemps qu'il y est relié. On le laisse à la machine... acharnement thérapeutique.
On coupe le courant, et on voit ce petit être devenir convulsif, et étouffer. On remettrait le courant, il serait «vivant»; on ne le fait pas, mais le geste serait horrible.

Il reste qu'il est parfois très difficile de décider:
— faut-il arrêter?
— jusqu'où faut-il continuer?

C'est en fait un difficile problème de conscience, de connaissance et un problème, également, de bon sens.

Il est dommage que la presse, les médias, et aussi (comme aux Etats-Unis) des avocats sans causes créent, par leurs interventions, à côté des drames eux-mêmes, des conflits et des malentendus très pénibles.

Au médecin d'agir avec sagesse. Il ne faut jamais que le goût de l'expérimentation prévale sur la pitié.
Nous sommes, nous médecins, dans une immense majorité, aussi adversaires de l'euthanasie, du fameux droit à la mort dans la dignité que la disthanasie, celle où la mort est retardée de façon inutile et où l'homme est plus un cobaye qu'un malade.

Je termine ici en vous proposant quelques lignes du discours prononcé par Jean-Paul II à l'UNESCO à Paris le 2 juin 1980:
«Nous devons être convaincus que l'éthique DOIT avoir la priorité sur la technique, la personne sur les choses, et l'esprit sur la matière. Pour le bien de l'homme, il faut que la science devienne l'alliée de la conscience.»

Dr. J.C.

— Membre d'honneur	10.000 fr.
— Membre de soutien	5.000 fr.
— Abonnement	700 fr.

à verser au C.C.P. 000-0321178-11 de la Société Médical belge

Cotisation de membre ordinaire: le montant en est fixé par chaque cercle local et à verser auprès de celui-ci.

AUGMENTIN TRADE MARK

AMOXICILLINE/ACIDE CLAVULANIQUE

INDICATIONS : L'AUGMENTIN est indiqué dans le traitement des infections causées par des microorganismes sensibles, en particulier ceux qui sont résistants à l'Amoxicilline et aux autres antibiotiques bêta-lactames par production de bêta-lactamases inhibées par l'acide clavulanique. Ses indications sont les suivantes : - infections du tractus respiratoire - infections du tractus urinaire. **POSOLOGIE :** ADULTES ET ENFANTS DE PLUS DE 12 ANS : 1 AUGMENTIN 500 comprimé toutes les 8 heures. En cas d'infections sévères, cette posologie peut être doublée. *Posologie en cas d'insuffisance rénale.* L'insuffisance rénale réduit l'excrétion de l'acide clavulanique et de l'Amoxicilline; une réduction de la posologie ne s'impose toutefois que si l'insuffisance rénale est telle qu'une dialyse est nécessaire. ENFANTS JUSQU'À 12 ANS : La posologie doit tenir compte du poids corporel et de la sévérité de l'infection, d'après le tableau ci-dessous :

Poids (kg)	Dose journalière (calculée en Amoxicilline)	Forme pharmaceutique (administration toutes les 8 heures)
25-40 (7-12 ans environ)	Normalement : 3 × 10 mg/kg Maximum : (infections sévères) 3 × 20 mg/kg	1 dose (5 ml) d'AUGMENTIN 250 - sirop
13-25 (2 à 7 ans environ)	Normalement 3 × 10 mg/kg Maximum : (infections sévères) 3 × 20 mg/kg	1 dose (5 ml) d'AUGMENTIN 125 - sirop
8,5 - 13 (9 mois à 2 ans)	Maximum : 3 × 7 mg/kg	½ dose (2,5 ml) d'AUGMENTIN 125 - sirop
Une présentation adaptée aux enfants en-dessous de 9 mois n'est pas encore disponible. Un conseil sur le traitement de tels cas peut-être obtenu auprès du département médical de Beecham		

ADMINISTRATION : Les comprimés AUGMENTIN sont à avaler sans croquer, de préférence en s'aidant d'un peu d'eau. Avant chaque utilisation, bien agiter le flacon contenant le sirop reconstitué. **CONTRE-INDICATIONS :** Hypersensibilité à une ou plusieurs pénicillines. Il peut se produire une allergie croisée avec les céphalosporines. **EFFETS INDESIRABLES :** Comme pour l'Amoxicilline, l'érythème dit «du 5e jour» se rencontre chez 2 % des patients traités avec AUGMENTIN; ceci est en relation avec la dose administrée et l'état du patient. Des réactions immuno-allergiques typiques, telles que l'urticaire et le purpura, se produisent moins fréquemment. Une réaction anaphylactique, suite à l'administration orale d'une pénicilline ou de l'un de ses dérivés, n'est décrite qu'une ou deux fois dans la littérature mondiale. Des troubles digestifs tels que nausées, vomissements, diarrhée, selles molles, dyspepsie et douleurs abdominales ont été observés; généralement, ils sont sans gravité et n'ont que rarement nécessité l'arrêt du traitement. Leur survenance peut être réduite par l'administration d'AUGMENTIN avec de la nourriture. **AVERTISSEMENTS ET PRECAUTIONS :** Chez les patients souffrant de mononucléose infectieuse ou de leucémie lymphoïde, on doit tenir compte d'une incidence plus élevée d'exanthème. La résistance croisée avec les céphalosporines est possible. Comme pour d'autres antibiotiques à large spectre, des surinfections causées par des germes résistants peuvent survenir. **UTILISATION PENDANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT :** On ne dispose pas à l'heure actuelle de données suffisantes sur l'utilisation de l'acide clavulanique, et par conséquence de l'AUGMENTIN, pendant la grossesse pour juger d'une nocivité éventuelle. Jusqu'ici, il n'y a pas d'indication de nocivité sur base de l'expérimentation animale. La prudence s'impose durant l'allaitement. La possibilité de réactions d'hypersensibilité doit être envisagée chez les nourrissons sensibles. **INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES :** L'administration simultanée d'agents bactériostatiques avec l'AUGMENTIN est contre-indiquée. Le probénécid et la sulfinpyrazone inhibent l'excrétion de l'Amoxicilline et allongent le temps de demi-vie de cette substance. **CONDITIONS DE CONSERVATION ET DUREE DE VALIDITE :** Les formes AUGMENTIN sont à conserver au sec et à température ambiante (15 à 25°C) dans leur emballage d'origine. Les sirops reconstitués doivent être conservés au réfrigérateur (environ 5°C) et utilisés endéans les 7 jours de leur reconstitution. Avant utilisation, s'assurer que la date limite d'utilisation inscrite sur l'emballage EX : mois - année n'est pas dépassée. **MODE DE DELIVRANCE AU PUBLIC :** Sur prescription médicale.

BEECHAM PHARMA S.A. — Rue de l'Intendant 59, 1210 Bruxelles

Le secret médical et l'enfant

par le Dr Weil
Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Marne.

Si la Déontologie est une, il n'en demeure que ses applications doivent tenir compte des conditions particulières d'exercice des diverses disciplines médicales. C'est dans ce sens et dans le cadre d'un travail publié au Bulletin de l'Ordre National des Médecins de décembre 1983, après adoption par le Conseil National que la Déontologie de la médecine des enfants a donné lieu à une étude particulière.

Dans ce domaine qui intéresse tout à la fois le généraliste et le pédiatre, le contrat de conscience et de confiance sur lequel est fondé le rapport médecin-malade trouve dans son application une troisième dimension par le fait même qu'il concerne l'enfant, ses parents et le médecin.

Il est apparu opportun dans ce document de rappeler les règles générales concernant le secret médical et de les faire suivre de commentaires de ces notions.

«Secret Professionnel»

Article 11 du Code de Déontologie

«Le secret professionnel institué dans l'intérêt des malades, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'excercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris».

Article 12

«Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans sont travail soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment.»

Article 13

«Le médecin doit veiller à la protection contre toute indiscrétion de ses fiches cliniques et des documents qu'il peut détenir concernant ses malades.

Lorsqu'il se sert pour des publications scientifiques de ses observation médicales, il doit faire en sorte que l'identification des malades ne soit pas possible.»

En principe le médecin n'a pas de secret vis-à-vis des parents. Ils ont le droit de savoir ce que pense le médecin de leur enfant malade.

L'enfant d'un certain âge n'aurait-il donc jamais la possibilité de confier au médecin quelque chose qu'il désire cacher? S'il s'agit d'un adolescent on ne peut le penser. L'enfant qui le demande a quelquefois droit au secret. Il n'est pas possible de fixer un âge limite, et cela dépend des circonstances.

Le médecin plaidera toujours pour que les parents soient mis au courant, ce qui en général est préférable. Il offrira de servir d'intermédiaire. Mais devant le refus de l'adolescent il se sentira tenu à la discrétion. Le jeune malade est venu le consulter, comptant sur le silence du médecin parce qu'il est médecin. Il ne serait pas venu s'il avait craint d'être trahi. Bien qu'il soit mineur son secret doit être respecté, même si le médecin se trouve mis dans une position délicate (maladie vénérienne, grossesse, etc.). Il s'agit en réalité toujours de cas d'espèce, que le médecin doit apprécier en conscience.

Même à propos d'enfants assez jeunes, une certaine connivence peut être admise entre le médecin et le petit malade, notamment en cas de simulation (fièvre simulée). Le médecin ne doit pas méconnaître l'appel à l'aide que constitue une telle attitude.

C'est à propos des mineurs drogués que les difficultés sont les plus grandes. Il est difficile, sinon impossible, tant les situations sont en conscience variables, d'indiquer une règle de conduite. Mais un toxicomane venu consulter à l'insu de ses parents et réclamant le secret ne doit pas se sentir trahi. Le médecin s'efforcera de convaincre son jeune client d'en parler à sa famille ou d'accepter qu'il soit son intermédiaire auprès de celle-ci. Cette complicité est seulement celle du silence, mais non de l'intoxication, et le médecin doit soigneusement se garder de favoriser, par ses prescriptions, la toxicomanie. S'il estime ne pouvoir prendre lui-même le mineur en charge, il doit tout faire pour le diriger sur des services compétents où l'aide nécessaire lui sera apportée».

Le champ d'application de ces données est vaste, d'autant qu'il s'étend de la conception à l'adolescence.

L'évolution des techniques à une extrémité, les besoins de santé de l'adolescence à l'autre et entre le développement harmonieux de l'enfance permettent d'en mesurer l'ampleur.

Le médecin doit en permanence appliquer les règles de la Déontologie en particulier du secret médical, mais aussi se présenter dans cet échange avec les parents et l'enfant, conjointement ou non, selon les situations comme un confident, un conseiller, un interlocuteur privilégié.

Accompagner l'homme au terme de sa vie

par le Dr M. ABIVEN,
médecin de l'Hôpital International de Paris

La relation singulière du soignant avec le mourant

Accompagner l'homme au terme de sa vie n'est pas, pour le soignant, le médecin, une tâche banale. D'où ce sous-titre: la relation singulière du soignant avec le mourant. Tout, en effet, dans ce moment terminal de l'existence, est particulier; alors que, pourtant, dans notre pratique nous avons tendance à en faire un épisode de routine.

L'avantage d'un temps comme ce temps de congrès est justement de nous permettre pendant quelques instants de prendre du recul, de regarder notre pratique d'un autre œil, dans la mesure où nous ne sommes pas collés à l'événement, dans la mesure où nous n'avons pas à subir la pression technique et affective de celui dont nous avions la charge, et qui va mourir.

Au début de cette réflexion une remarque s'impose: la mort n'est pas la maladie. Une telle affirmation pourrait à première vue paraître un truisme, une banalité. Elle mérite pourtant que l'on s'y attarde.

Dans notre pratique médicale la mort de notre patient est, le plus souvent, vécue comme le point final, malheureux, de notre travail: nous nous occupions d'un malade, nous élaborions pour lui des constructions intellectuelles de diagnostic et de thérapeutique. Et puis, à un moment donné, cela n'a plus marché. Notre malade nous a, comme glissé des doigts. Il n'a plus voulu «fonctionner» selon les schémas de notre construction mentale; «il s'est mis à mourir».

Nous vivons alors sa mort comme un échec; c'est une affirmation banale. Mais je préfère l'idée suivante: nous vivons sa mort en négatif; si je puis me permettre ce néologisme comme un «non-événement».

J'en veux pour preuve, s'il en est besoin, l'extra-ordinaire pauvreté de la littérature médicale — au moins de la littérature française — sur le thème de la mort. Sauf, mais c'est une littérature bien particulière, en médecine légale peu de confrères écrivent sur le sujet. Aucun enseignement de faculté, non plus. Dans les questions d'internat la notion de mort n'est soulevée que comme une évolution possible sur laquelle il n'y a pas lieu de s'étendre. «Notre intelligence devenue si hardie, si active a travaillé à peine à la mort» disait déjà Metchnikoff. On n'est pas allé beaucoup plus loin depuis. D'où l'attitude trop fréquente du médecin vis-à-vis du mourant (à l'hôpital en particulier): «Il n'est pas nécessaire d'aller le voir, je n'ai plus rien à faire pour lui». La maladie, contre notre gré, arrive à son terme, apportant la mort, mais celle-ci n'est plus notre affaire.

Or, et ceci me semble important, ces deux réalités qui souvent se suivent, l'une, la maladie, occultant pour nous complètement l'autre, sont, en fait, deux réalités

très différentes, fondamentalement, ontologiquement différentes. Et il ne nous est pas loisible, à nous autres soignants d'en ignorer une, parce que nous aurions décidé que, seule, l'autre nous concerne. La maladie, dans la vie d'un homme, est un incident de parcours. Même si elle est parfois mortelle. Mais la condition de l'être humain, avant et après la maladie est la même, il est toujours un être humain. La maladie n'attente pas à sa condition d'homme; même si elle l'ampute parfois physiquement ou psychiquement.

La mort, il faudrait plutôt parler du «mourir». Mais nous n'avons même pas de mot pour décrire cette phase de la vie où le processus de mort est engagé, mais où l'être est encore bien vivant. Ce mourir est une autre réalité que la vie: après, rien ne sera plus comme avant. C'est la seule réalité universelle. «Vivre n'est jamais que vivre sa mort» dit R.M. Rilke. La seule expérience commune à tous les hommes: la rupture radicale, rupture de l'histoire qui se déroule, rupture de tous les liens affectifs tissés jusqu'alors.

Rêvons un peu: si la maladie n'existait plus, si nous autres médecins, l'avions totalement éradiquée, il resterait pourtant encore la mort, j'allais dire dans sa splendeur, en tout cas dans la réalité monumentale, absolue. Et c'est toujours un peu ce qui m'agace dans les proclamations de nos maîtres à penser, amplifiées, largement, par les médias: «Demain, le cancer sera vaincu; demain le vieillissement artériel sera jugulé» paraissant oublier complètement que ceci ne retire rien à l'autre affirmation au moins aussi importante et beaucoup plus absolue «Il restera toujours la mort!»

Dans son excellent livre: «la Mort», Jankelevitch a une page lapidaire sur cette radicale différence entre la maladie et la mort. Après avoir envisagé les pouvoirs de la médecine, et ses combats pour vaincre la maladie, il poursuit:
«En vérité, la mort n'est pas sur le même plan que les autres ennemis avec lesquels l'humanité se mesure; aussi insaisissable que le temps et plus invincible encore, la mort n'est jamais pour l'homme un adversaire... Avec qui entrerions-nous dans un rapport de belligérance? A qui ferions-nous donc la guerre? Contre qui ouvririons-nous les hostilités? Le combat contre la mort est un affrontement sans partenaire, et l'idée même de victoire ou de défaite, n'est plus qu'une métaphore.»

Or, ce mourir, encore une fois, est appréhendé par nous autres soignants, le plus souvent, comme la fin d'un processus morbide (la fin de la question d'internat) dans lequel il est intégré. C'est-à-dire que nous sommes beaucoup plus préoccupés par **le comment** du mourir que, selon l'expression des philosophes, par le quid, par la réalité ontologique, par ce qu'est le mort.

Peut-être d'ailleurs nous est-il difficile de faire autrement, car le plus souvent la mort survient au terme d'une maladie (celle-là qui est notre domaine préféré). Remarquons pourtant que ce n'est pas toujours le cas. Il y a des morts par accident où le passage de vie à trépas ne se fait pas par l'intermédiaire d'une maladie; il existe des morts, chez le vieillard en particulier, par «abandon de la vie». Mais c'est certainement pourquoi, dans le monde soignant, cet événement, essentiellement philosophique, est presque toujours ramené à un événement banalement médical.

C'est ce comportement qui suscite de plus en plus la critique d'une trop grande médicalisation de la mort. Cet acharnement à ne s'occuper que du comment sans vouloir considérer le problème philosophique du quid est souvent mal supporté par

Membre d'honneur	10.000 F
Membre de soutien	5.000 F
Abonnement	700 F

à verser au
C.C.P. 000-0321178-11
de la Société Médical belge

Cotisation de membre ordinaire : le montant en est fixé par chaque cercle local et à verser auprès de celui-ci.

les malades eux-mêmes ou par les familles revendiquant que sa mort soit rendue au mourant. Comme, d'ailleurs, à l'autre extrémité de l'existence, et pour les mêmes motifs, d'autres — ou parfois les mêmes — revendiquent qu'on rende à l'enfant et à sa mère l'expérience aussi fondamentale de la naissance. Cette revendication de la dé-médicalisation de la mort, je sais le côté outrancier, voire folklorique qu'elle peut prendre parfois. Je ne pense pas qu'il soit raisonnable pourtant, d'effacer d'un revers de manche de telles revendications. Et je trouve à certains propos médicaux une consonnance bien molieresque dans leur affirmation de la prééminence médicale à ce moment. La médecine n'est jamais un absolu. Mais il y a des absolus pour l'homme; vivre sa mort peut en être un. Comment ne pas comprendre que certains puissent vouloir vivre l'un des plus grands moments de la vie, certainement le plus tragique (au sens de la tragédie grecque), lucidement. Il y a, à mon sens, quelque chose de mesquin à vouloir ne s'occuper que du comment du drame, sans vouloir regarder le thème du drame lui-même.

D'un tel point de vue, la médicalisation outrancière de la mort a même pour moi, quelque chose de choquant. Faire comme si elle ne devait pas arriver! Comme si elle n'était pas au programme!

Mais les médecins, il faut le reconnaître, ne sont pas les seuls responsables de cette situation. Trop souvent, la société elle-même relayée par les médias, exige d'eux qu'ils se cantonnent dans ce rôle d'exaltation médiatique des prouesses médicales par opposition au silence dont est entouré le travail quotidien risque toujours de dévoyer les soignants de leur rôle fondamental: soigner toujours, guérir quelques fois».

Préciser la tâche du médecin dans cette fonction particulière de l'accompagnement du mourant revient alors à lui fixer deux objectifs:
— Donner les soins nécessaires en respectant le cours du drame.
— Accompagner ce drame de la rupture qui est en train de se vivire, oserai-je dire aider à l'accouchement de cette mort — comme il aide à l'accouchement de la vie. Ce propos, pour nous autres médecins chrétiens, n'est d'ailleurs pas pour nous surprendre. Puisque, selon l'expression de Paul c'est à une nouvelle naissance que la mort conduit.

Beau programme donc. Et quel médecin un peu humaniste n'y souscrirait pas? Et pourtant! Ce n'est pas ce qui est vécu le plus souvent si l'on en croit les récriminations les plus fréquentes que nous fait la société.

Les raisons en sont à mon sens, multiples.

La première est sans doute, comme je l'ai évoqué plus haut, que les médecins ne reçoivent aucune formation qui les prépare à l'accompagnement des mourants. Toute la formation est orientée vers le «cure» anglais, le traitement pour la guérison. Quand la guérison n'est plus objectif, le médecin se trouve complètement démuni et dérouté. Le médecin qui passe devant la porte de chambre d'un mourant sans y entrer mais en disant à son infirmière: «Ce n'est pas la peine que j'y passe, je n'ai plus rien à y faire» devrait honnêtement dire plutôt: «je ne sais pas ce que je devrais y faire».

Mais cette remarque en suscite immédiatement une autre: tous les médecins sont-ils aptes à cette tâche de l'accompagnement des mourants? Une longue pratique médicale conduirait plutôt à penser le contraire. D'ailleurs pourquoi en serait-il

autrement? Dans la mesure où la sélection à la profession porte uniquement sur des critères intellectuels. Et dans la mesure où, par la suite, les médecins ne reçoivent aucune formation particulière sur le thème de la mort et de l'approche des mourants, le corps médical se retrouve un peu dans la situation du public: certains sont plus tolérants au contact de la mort et d'autres moins. Je crois même pouvoir dire que certains ne le sont pas du tout.

Une deuxième raison tient certainement à l'inadaptation de nos structures techniques à ce type de travail. Les hôpitaux ne sont pas, sauf exception, organisés en fonction des mourants. (Et il faut se rappeler que 70% environ des morts se déroulent en institution hospitalière, dans notre pays). Difficulté matérielle à isoler le mourant des autres malades, locaux bruyants, impossibilité d'accueillir convenablement les familles. Mais aussi personnel soignant peu préparé à ce travail, n'ayant ni les mots ni les gestes qui conviennent à la situation.

Une troisième raison, plus subtile peut-être, mais certainement aussi très importante — les confrères hospitaliers le reconnaîtront volontiers — consiste en la difficulté pour le médecin, de décider de l'abandon des soins à visée curative pour les soins à visée palliative. Cette décision, importante, consiste à accepter de reconnaître que l'on ne peut plus, pour ce malade, avoir un projet de guérison et qu'il faut donc arrêter les thérapeutiques qui iraient dans ce sens: arrêter une chimiothérapie éprouvante mais devenue inutile, arrêter une antibiothérapie qui ne sert plus... Pourtant l'indécision en cette matière conduit à des malades mourant avec au bras une perfusion de quelques milligrammes d'Endoxan, voire en dialyse. Et tout cela, parce que l'on n'a pas pu ou pas su se décider à arrêter une prescription. Mais par expérience, je mesure bien qu'il est beaucoup plus simple d'en parler ici que de le vivre au jour le jour.

Difficile aussi, en institution, et au jour le jour, de chambre en chambre, dans les services d'aigus (et c'est le cas, en particulier, dans les services de chirurgie, d'oncologie, où l'on meurt beaucoup) de passer d'une attitude curative auprès d'un malade (allez, mon vieux, secouez-vous, vous allez guérir!) à une attitude palliative d'accueil à la mort, auprès d'un suivant. Ce changement radical d'esprit, et donc d'attitude, d'un patient au suivant exige une sorte de «gymnastique affective» à laquelle tout un chacun n'est pas toujours disponible.

Pour le médecin de ville le contexte est certainement différent. Le mourant est dans son milieu familier, entouré de ses proches. Le médecin passant d'un malade à un autre, chaque fois change radicalement de cadre et de monde, et peut mieux s'adapter à celui qu'il va retrouver. Mais les carences risquent d'être d'un autre ordre: les difficultés de nursing, la rareté ou l'absence totale d'accompagnants font qu'il y est difficile aussi de faire un vrai travail palliatif. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les familles font souvent hospitaliser leur mourant, à la phase terminale de leur vie.

Ce sont là les multiples raisons que je vois, et sans doute ne sont-elles pas exhaustives, à la difficulté d'une prise en charge convenable des malades en fin de vie. Ces raisons sont importantes, elles ne sont pourtant pas invincibles. Des témoignages multiples nous en sont donnés. Je ne retiendrai que l'admirable travail de Christiane Jomain rapporté dans son livre «Mourir dans la tendresse». Elle nous montre ce qui peut être fait sans moyens, sans théorie, sans mots inutiles mais avec de l'intelligence et du cœur.

Peut-on, alors, tenter de cerner la tâche propre du médecin dans cet accompagnement du mourant? Ce qu'elle a de bien particulier et de bien spécifique y apparaîtra progressivement.

Tout d'abord, la relation que le médecin est conduit à développer avec le malade qui se sait mourant est une relation très particulière. Elle se différencie de la relation médecin-malade habituelle, et que Balint plus que tout autre a aidé à clarifier. Elle n'est pas non plus du type de la relation psychothérapeutique ou plus communément du type de la relation d'aide. Dans celle-ci, en effet, il est conseillé au médecin, pour être efficace, de s'effacer en tant que personne pour laisser le transfert du malade se faire selon son gré. Avec le mourant, rien de pareil. Chacun des deux partenaires sait que la relation qu'il est en train de vivre va devoir s'achever dans un délai assez bref, et qui plus est, s'achever par la mort du patient. Le médecin n'est plus alors tenu à cette réserve qui devait être la sienne dans toutes les autres relations thérapeutiques, réserve qui devait entre autres le garder d'une trop grande proximité, d'une trop grande intimité avec son malade, sous peine de risquer de perdre sa liberté de jugement et de décision. Ici tout est déjà jugé et décidé. Mais par contre, le malade va avoir à vivre une dernière phase de sa vie, particulièrement difficile, et parfois particulièrement intense. Revoyant sa vie, il peut être conduit à remettre en question des options prises, des choix faits, il peut être pris d'angoisse devant la mort qu'il voit approcher. Toutes ces tensions en lui peuvent susciter le désir d'un confident sûr. Et bien souvent ce confident sûr est souhaité différent des proches de la famille ou des amis. Il peut lui être précieux, alors, de trouver en son médecin ce confident dont il a besoin. Mais le médecin ne tiendra bien ce rôle que s'il accepte d'être comme l'ami, donc s'il a abandonné son comportement strictement professionnel pour s'engager dans une relation d'homme à homme en s'impliquant personellement. Seule une telle attitude permettra au mourant s'il en a le désir et le besoin de faire une totale confiance à son médecin pour s'appuyer sur lui.

Mais cela exige du soignant un certain nombre de compétences et de possibilités.

Il lui faut tout d'abord pouvoir supporter la proximité de la mort. Cette exigence pourrait paraître déplacée, les médecins étant volontiers imaginés par le public comme ayant commerce facile avec la mort. La pratique apprend pourtant que les choses ne sont pas aussi simples. Si certains peuvent supporter sans trop de difficulté, sans trop de stress, leurs patients, il est certain que pour d'autres, la mort reste une réalité terrifiante qu'ils s'emploient par tous les moyens à fuir. Et la fuite peut aussi se faire dans la technique ou dans la science!

Il faut aussi pouvoir vivre avec ses malades dans une relation de vérité ou plutôt une relation où il n'y a pas place pour le mensonge. Je ne voudrais pas m'étendre trop longuement sur ce sujet de la vérité au malade qui fait l'objet de multiples débats, de prises de positions aussi farouches chez les défendeurs de la vérité que chez ceux du pieux mensonge. En m'excusant de me citer moi-même, je vous reporterais volontiers à l'article paru dans le n° de juin 1985 de «Médecine de l'homme» sur l'Information du malade. Être dans une relation de vérité avec lui ne consiste pas pour moi à lui assurer des informations qu'il ne demande pas, parce qu'il n'est pas encore mûr pour les entendre. Mais c'est certainement avoir avec lui un comportement tel qu'il sache que l'information demandeé ne sera jamais refusée.

Il faut enfin vivre dans une relation de disponibilité. Disponibilité de temps d'abord. Le mourant attend volontiers de son médecin qu'il s'assoie auprès de son

lit et devise avec lui ou l'écoute. Il est évident que les vraies confidences, les vrais échanges du cœur ne peuvent se faire dans la précipitation, par exemple avec quelqu'un qui passe en courant, pose tout le temps des questions sans attendre de réponse et sort en laissant sa prescription à l'infirmière.

Il y faut aussi une certaine disponibilité des sentiments. Chacun d'entre nous sait par expérience, qu'à certains moments de sa vie, soit parce qu'il était trop soucieux (santé d'un proche, souci professionnel) soit parce qu'il avait le cœur trop pris ailleurs il ne pouvait être un bon confident. Vérités simples mais combien importantes dans l'approche de celui qui va mourir.

Toutes ces exigences, et sans doute d'autres encore, rendent tout à fait particulière la relation du médecin avec le mourant.

Faut-il alors imaginer que tous les mourants qui seront accompagnés par un médecin feront de lui cet ami quasi privilégié que j'ai décrit?

La vie est certainement plus diverse. Beaucoup de morts se déroulent sans grands échanges, le mourant se repliant dans le silence et la résignation voire la révolte muette. A l'inverse, de M'Uzan dans son étude sur «le travail du trépas» décrit des relations d'une rare intensité qui peuvent parfois se développer entre le mourant et son médecin réalisant une sorte de dernière «dyade» à l'image de la relation de la mère et de son petit enfant. C'est alors pour le soignant une épreuve particulière qu'il doit pouvoir supporter et maîtriser, au risque de décevoir et de frustrer gravement celui qui avait tout misé sur lui.

Quelle que soit la qualité de la liaison créée par le mourant selon son gré seul et ses possibilités, il est important que le médecin réalise qu'il est ici devant une relation bien particulière et unique.

J'ai dit plus haut combien il me semblait important de ne pas hypermédicaliser la phase du mourir. Pourtant le souhait qu'il n'en soit pas trop fait n'implique pas qu'il ne soit rien fait. Notre rôle proprement technique peut être auprès de celui qui va mourir, d'un très grand secours. En particulier en s'employant à développer autour de lui, ce que l'usage tend de plus en plus à nommer: les soins palliatifs terminaux. Trop souvent encore, nos malades meurent mal parce que nous ne savons pas bien faire ce qui peut leur être utile dans cette phase dernière de leur vie. Les soins palliatifs peuvent alors être définis comme l'ensemble des soins qui, n'ayant plus l'objectif de guérir ou même de prolonger la vie, s'emploient à rendre cette fin, la moins mauvaise possible.

Ces soins comportent d'abord, bien entendu, le traitement rationnel des douleurs chroniques. Les statistiques le montrent, 50% environ des cancéreux souffrent de douleurs sévères et permanentes. Trop rares sont encore ceux qui sont convenablement soulagés. Pourtant les médecins qui se sont occupés de ce problème sont catégoriques: 95% des douleurs cancéreuses, si l'on s'en donne la peine, peuvent être complètement soulagées: question de connaissances, mais aussi de ténacité dans l'application du traitement.

Ces soins palliatifs comportent encore la prise en charge et la correction maximale de tous les symptômes de l'agonie: correction des troubles électrolytiques, des troubles digestifs (nausées, constipation, vomissements), des états d'anxiété, des troubles mentaux (idées délirantes, agitations pathologiques) qui ne sont pas

rares à ce stade. Peut-être pensera-t-on qu'à côté des subtiles considérations sur tel ou tel protocole de chimiothérapie, prescrire un laxatif ou corriger une hémoconcentration en surveillant le volume des boissons, est une tâche bien vulgaire! Il est vrai. Mais pourtant lequel est alors le vrai médecin?

Il reste un dernier élément par lequel la relation au mourant, est pour le soignant, une relation singulière. La mort n'est pas un drame à deux acteurs: le mourant et le soignant (ou les soignants) mais un drame à trois: le soignant, le mourant et sa famille. Et si l'on veut correctement prendre en charge celui qui va mourir il faut aussi, dans le mesure où la chose est possible, et souhaitée, prendre en charge ses proches. Ceci demanderait un long développement que la brièveté de cette conférence, ne permet pas. Je voudrais pourtant évoquer devant vous quelques réflexions à ce sujet: souvent, trop souvent, le silence fait autour du mourant par ses proches, sur sa fin prochaine, entretient entre celui-ci et les siens, un mur d'isolement; plus il voudrait savoir et plus on se refuse à lui dire, plus les propos qui lui sont tenus sont lénifiants et d'une affligeante banalité. Et l'on voit trop souvent, des conjoints par exemple qui ont été tout au cours de leur vie très unis, et dont la maladie mortelle de l'un d'eux, conduit l'autre à se taire, à mentir. Contribuant à l'isoler alors que ces moments auraient pu être pour les deux d'une très grande richesse.

Cette attention à la famille, cette prise en charge au moment du deuil s'il en est besoin, fait à mon sens, partie intégrante de la tâche du soignant, du médecin auprès de ceux qui vont mourir. Favoriser la communication entre le mourant et ses proches peut être dans certains cas d'une aide inestimable pour lui. En faisant disparaître des interrogations, des inquiétudes, cet échange peut être beaucoup plus efficace que des anxiolytiques et peuvent être parfois source d'une joie très profonde chez celui qui n'en attendait plus.

Mais je m'arrête. Vous ai-je assez convaincu de ce qu'a de singulier dans notre profession cette relation particulière avec celui qui va mourir? C'est une banalité, en médecine, de dire qu'il n'y a pas de maladie mais des malades. Cela est déjà vrai dans la pratique courante. Dans la mesure où, comme j'ai tenté de le montrer, le mourir est autre chose, et beaucoup plus qu'une maladie, dans la mesure où le mourant est parfois conduit à lier avec nous des liens qu'aucune autre situation ne crée, ce soin au mourant nous introduit à une relation d'une singularité totale. Il ne s'agit plus de jongler avec des milliéquivalents de sodium ou des milliosmoles de créatinine. On est engagé là dans une tâche qui selon la belle expression de Hans Küng est la réalisation d'un «ars moriendi».

Dans tout ceci, vous avez pu remarquer, et peut-être en être surpris, nulle référence à l'Évangile ou à la foi que nous partageons tous, ici. Il n'en était nul besoin. Ce que j'ai décrit là, cet «ars moriendi» peut s'appliquer à tout homme. Chacun d'entre nous aura, pourtant, pu sentir combien un médecin chrétien soucieux de pratiquer le message évangélique peut lui trouver ici d'application pratique. Combien aussi dans son dialogue privilégié avec un mourant qui partage la même foi il peut apporter à celui-ci de paix, de confiance par la méditation sur la paix dans le Seigneur qu'ils partageront un jour ensemble.

Paru dans: «Médecine de l'homme» janvier 1986.

A ma mère

Je suis là, sais-tu,
des savants ont compté mes cellules
je ne suis encore qu'une blastule:
je suis là, le sais-tu?

Je suis là, sais-tu,
des philosophes ont discuté de mon être
aurais-je le pouvoir de naître?
je suis là, le sais-tu?

Je suis là, sais-tu,
des juristes supputent mes droits
alors que je suis sans voix.
je suis là, le sais-tu?

Je suis là, sais-tu,
des théologiens interrogent Dieu
s'il m'a voulu sous les cieux:
je suis là, le sais-tu?

Je suis là, sais-tu,
des sociologues ont calculé
quelle part me réserve la société:
je suis là, le sais-tu?

Je suis là, sais-tu,
des psychologues étudient avec insistance
le sens de mon existence:
je suis là, le sais-tu?

Je suis là, sais-tu,
je ne puis me mêler au débat
mais je sens mon cœur qui bat:
je suis là, le sais-tu?

Je suis là, sais-tu,
aujourd'hui pour la première fois j'ai bougé,
aurais-je le droit de me développer?
je suis là, le sais-tu?

Toi, qui me portes en toi
et me crées mon premier toit,
toi, qui me nourris de ton sang
et me protèges des méchants.
Toi, avec qui je vis et souffre
depuis mon premier souffle,
Toi, qui me transmets ta vie,
qui es ma grande amie.
Toi, qui tiens mon sort

entre la vie et la mort,
Pourras-tu m'accepter,
voudras-tu me garder?

Je t'en prie, au nom de ma liberté,
accorde-moi la vivante félicité!

Je suis de toi, le sais-tu?...
Je suis là, sais-tu?...

Je t'AIME...

Jean Kluyskens
22.10.'85

— Membre d'honneur	10.000	fr.
— Membre de soutien	5.000	fr.
— Abonnement	700	fr.

à verser au C.C.P. 000-0321178-11 de la Société Médical belge

Cotisation de membre ordinaire: le montant en est fixé par chaque cercle local et à verser auprès de celui-ci.

Le N.I.H. «National Institute of Health» et l'U.C.L.: un important contrat de recherche

Le N.I.H. (BETHESDA, U.S.A.) finance actuellement une très importante étude coopérative dans le domaine de la cardiologie. Cette étude est menée parallèlement par 21 centres américains, 2 centres canadiens et un centre européen: l'U.C.L. représentée par les cliniques universitaires Saint-Luc et Mont-Godinne. Les Docteurs M. ROUSSEAU et H. POULEUR viennent d'obtenir un contrat de 300.000 $ pour mener cette vaste étude en cardiologie qui porte le nom de **S.O.L.V.D. - Studies on left ventricular dysfunction**.

C'est la première fois qu'un centre cardiologique européen participe à une étude multicentrique organisée par le National Heart, Lung and Blood Institute du N.I.H.

Toutes nos félicitations à ces jeunes confrères.

Fonds National de la Recherche Scientifique Prix Biennal «Artois-Baillet Latour de la santé» -1987

Destiné à récompenser une contribution exceptionnelle à la connaissance des neuropeptides, de leur rôle dans la physiopathologie de l'être humain et de leurs propriétés thérapeutiques.

Montant: FB 5.000.000.

Attribution: printemps 1987.

Dépôt des candidatures: avant le 1er juillet 1986.